

## VARIA

## UNELE ASPECTE ALE MEDICINEI INTERNE MODERNE

**Nina Munteanu – internist, categorie superioară,**

**Filip Ambros – dr. șt. med., conf. univ., internist,**

**IMSP Spitalul Clinic Republican**

*Tel. 022 403550 [www.cancelarie@scr.md](mailto:www.cancelarie@scr.md)*

**Rezumat**

Se abordează unele aspecte ale medicinei practice în legătură cu reforma sistemului de sănătate din Moldova, în special trecerea la acordarea asistenței medicale primare de medicii de familie; fenomenul specializărilor și supraspecializărilor înguste în domeniul medicinei interne, progresele tehnificării medicinei. Se vor evidenția efectele pozitive și unele consecințe negative ale acestor procese. În primul rând, lipsa medicilor propriu-zis interniști în teritoriu, ba chiar și în unele spitale. Se va propune adaptarea programelor și metodelor de instruire a medicilor la etapa universitară și în rezidențiat în conformitate cu continuarea supraspecializărilor și a tehnificării medicinei.

**Cuvinte-cheie:** terapeut, reforma sistemului de sănătate, specializare, medic de familie

**Summary. Some aspects of the modern internal medicine**

The article is about some aspects of practical medicine in relation to health care reform in Moldova, especially the transition to primary care by family physicians, as well as phenomenon of specialization and supraspecialization in internal medicine under technical progress. It highlights some positive and negative consequences of these processes, first of all, lack of proper internist in the territory and even in some hospitals. The proposals are to adapt programs and methods of training doctors at university and residency stage under continuing supraspecialization and technical progress in medicine.

**Key words:** internist, medical system reform, specialization, family physician

**Резюме. Некоторые аспекты современной внутренней медицины**

Обсуждаются некоторые вопросы практической медицины в связи с реформой системы общественного здравоохранения, в частности переход к оказанию первичной медицинской помощи семейными врачами, феномен узкой специализации, сверхспециализация и прогресс технизации медицины. Наряду с положительным эффектом этих явлений приводятся и некоторые негативные последствия: отсутствие или резкое уменьшение количества врачей терапевтов во внебольничной сфере, приближение врача к аппарату и отдаление его от больного. Предлагается возвращение врача терапевта в первичное звено здравоохранения, адаптация программ и методов подготовки врачей на университетском и постдипломном этапах.

**Ключевые слова:** терапевт, семейный врач, специализация и реформа медицины

Specializarea în medicina internă este un fenomen vechi, un proces inevitabil și progresiv, influențat de creșterea continuă a volumului de informație în domeniu și a cerințelor practicii medicale, implementarea metodelor moderne de diagnostic și tratament, precum și pentru asigurarea calității asistenței medicale.

Ar fi fost absolut imposibil de a păstra aria medicinei interne din sec. XVIII-XIX. Prima catedră de medicină internă, care a fost fondată în 1754 [K. Voschulte, 1966] cuprindea mai multe domenii ale medicinei. Iar în Rusia în a doua jumătate a secolului XIX clinica de medicină internă, de rând cu bolile interne, includea chiar și ginecologia și otorinolaringologia [1]. Treptat, mai cu seamă în a doua jumătate a sec. XIX, de la medicina internă s-au separat

pediatria, dermatovenerologia, neuropatologia, bolile infecțioase și alte specialități.

Acest proces de specializare s-a intensificat în a doua jumătate a sec. XX. După instituirea specialităților ca fiziologie, hematologie, endocrinologie au început specializările pentru fiecare organ intern - cardiologie, pneumologie, gastrologie, hepatologie, nefrologie. Secțiile de boli interne în spitale s-au reprofilat în secții specializate, uneori formal, fără a fi în modul convenit dotate cu utilaj, dispozitive medicale și laboratoare. S-au reprofilat și interniștii din staționare, devenind specialiști de organ. Deci, medicii interniști au rămas numai la spitalele de circumscripție și la dispensare.

Odată cu trecerea la medicina de familie, majoritatea interniștilor de circumscripție, au devenit me-

dici de familie. Pentru ei, mai ales pentru cei din mediu rural, adaptarea la noua specialitate nu a prezentat mari probleme, deoarece ei îndeplineau majoritatea activităților medicului de familie de azi. Medicii interniști, într-un număr mic, au rămas numai în secțiile de boli interne (nespecializate) în cadrul spitalelor, în unele centre medicale private și la catedrele universitare de medicină internă.

Datele statistice naționale denotă, că la finele anului 2016 în Republica Moldova au rămas doar 392 medici interniști (1,1 la 10.000 populație), dintre care: în spitalele municipale - 103, raionale - 167 și în cele republicane - 122. De menționat, că în raioanele Dondușeni, Leova, Taraclia și Vulcănești activează câte 2 interniști; în Sîngerei, Basarabeasca și Cimișlia - câte 1, iar în Dubăsari și Ștefan Vodă - 0 [2].

În această situație este evidentă necesitatea elaborării unei strategii de către Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale și Ministerul Economiei al Republicii Moldova (pe timp scurt, mediu și de durată), privind asigurarea proporțională a localităților Republicii Moldova cu medici, în special cu medici interniști și diminuarea migrației medicilor, care au făcut studii universitare pe bani bugetari.

Actualmente, în domeniul medicinei interne activează trei categorii de specialiști: medici de familie (în Centrele medicilor de familie (CMF), Centrele de Sănătate (CS) și Oficiile medicilor de familie (OMF); specialiștii de organ (în spitale și în unele CMF); interniști propriu-zis (în staționare).

Referindu-se la consecințele negative ale specializării excesive, A. Franco, Vice-prezidentul Societății Franceze de Geriatrie și Gerontologie, constată, că pregătirea insuficientă în medicina internă și lipsa conlucrării interdisciplinare la formarea specialiștilor, "au creat planete îndepărtate unele de altele și evident încântate de sine, dar, fără îndoială, în detrimentul universului bolii" [3].

Care sunt consecințele acestor specializări și, cei mai rămâne de făcut medicului internist? Starea de lucru în domeniul asistenței medicale în Republica Moldova convinge, că medicul de familie nu poate înlocui internistul. Pot oare specialiștii de organ exercita funcțiile internistului? Evident că nu. Incontestabil, că un medic de organ posedă mai multe și mai profunde cunoștințe în domeniul specialității sale. Și dacă acest specialist dispune de mijloace moderne de diagnostic și tratament - el asigură o asistență medicală de înaltă calitate. Și internistul, după necesități, în funcție de caz, solicită consultația acestui specialist.

Însă principiul de activitate al *specialistului de organ* diferă de principiile de abordare a pacientului de către medicul-internist, pentru care bolnavul pre-

zintă un tot întreg, o integritate a tuturor organelor și sistemelor organismului, cu un răspuns complex la un factor patogen. În afară de aceasta, unii pacienți, îndeosebi cei de vârstă înaintată, suferă de mai multe boli, de afectarea a mai multor organe și sisteme. Deaceia, conform tradițiilor clasice, "examinarea unui pacient nou trebuie să se întindă de la cap până la degetele picioarelor" [4], indiferent de caracterul bolii și de localizarea ei. Acest principiu uneori nu este respectat de medicul supraspecializat, fiind dominat de anamneza sau de abaterile patologice, care reflectă afectarea organului respectiv și poate scăpa din vedere și alte semne caracteristice pentru afectarea altor organe, ceea ce conduce la erori de diagnostic.

Dezvoltarea pe scară largă a asistenței medicale specializate a condus la reducerea prestigiului medicului internist și în rândul medicilor de organ și în rândul pacienților, la care s-a format o altă mentalitate. La dureri precordiale sau hipertensiune arterială pacientul solicită consultația cardiologului sau direct se adresează acestuia. Iar la simptome și semne digestive va prefera adresarea la un gastrolog, considerând, că acesta mai bine s-ar descurca la diagnosticul și tratamentul unei gastrite etc. Dacă până la implementarea în practică a medicinei de familie, internistul era figura principală în sectorul primar de asistență medicală, la care se adresau peste 60% de pacienți și care acordau asistența medicală în circa 90% din stările de urgență, la moment, au fost limitați numai la activități în secțiile de boli interne ale spitalelor. Acum ei sunt puțini și se „pierd” în mulțimea medicilor de organ.

Mai este oare necesară Medicina Internă? Mai este necesar medicul-internist? Da. Aducem argumente foarte convingătoare, expuse de profesorul, dr. Ștefan Șuțeanu. „În primul rând, medicii interniști pot rezolva, din punct de vedere al diagnosticului și tratamentului, marea majoritate a celor care suferă de boli interne, îndrumarea către anumiți specialiști, eventual ultraspecialiști, fiind rareori necesară. Deci, marea majoritate a celor care suferă de boli interne pot fi rezolvați în condiții bune de medicii interniști, bineînțeles cu condiția, ca aceștia să fie competenți și să se mențină la curent cu noutățile.

Un alt motiv, pentru care credem, că este în continuare necesară menținerea medicinei interne printre specialitățile actuale, îl constituie caracterul ei interdisciplinar. Bolnavii, în general și mai ales cei vârstnici, nu au o singură boală, ci mai multe. Vedem, foarte des, bolnavi care au nu numai o artroză de genunchi, ci și bronșită cronică tabagică, hipertensiune arterială și antecedente de ulcer duodenal. Ar fi nepotrivit, ca un asemenea bolnav să fie îndrumat către cei 4 specialiști (reumatolog, pneumolog, cardiolog și gastroenterolog), întrucât un bun internist poate dia-

gnostica și poate realiza un tratament adecvat pentru toate suferințele respectivului pacient.

În al treilea rând, medicina internă trebuie menținută ca specialitate, datorită caracterului ei integrativ. Este foarte bine ca bolnavii să beneficieze, atunci când este cazul, de investigațiile de ultraspecialitate, ca și de recomandările terapeutice corespunzătoare, dar este și mai bine, dacă acești bolnavi, care beneficiază de aportul mai multor specialiști, să revină la medicul-internist, care va face în așa fel, încât tratamentul aplicat să constituie un tot unitar, coerent și bine armonizat, el fiind singurul care poate face acest lucru” [5].

După cele expuse de profesorul dr. Ștefan Șuțeanu, ar fi de prisos de adăugat ceva. Rămâne de făcut tot posibilul pentru restabilirea prestigiului acestei specialități și acestor specialiști.

Spectrul activităților medicului de familie este foarte larg, iar cerințele de pregătire la capitolul boli interne sunt mai joase în comparație cu cele prevăzute pentru medicul-internist. Deaceia medicul de familie în caz de probleme de diagnostic și tratament a unui pacient cu o boală sau mai multe boli interne ar trebui să solicite consultația medicului (sau medicilor) de organ, deoarece Nomenclatorul specialităților pentru CMF deocamdată nu include și medicul-internist în calitate de consultant.

De menționat, că o bună parte din medicii de familie, anterior au activat în calitate de medici pediatri, neurologi, ORL, oftalmologi, dermatologi și chiar stomatologi (după sistarea activității spitalelor de circumscripție ei nu au avut alternative). Astfel, după o pregătire de numai 6 luni, ei au devenit medici de familie. În scurt timp, în urma reformelor AMP, medicii de organ din fostele Policlinici (acum CMF) au fost transferați în secțiile consultativ-diagnostice, care nu numai că au devenit componentă a spitalelor, dar au fost și reamplasate în incinta lor (în unele raioane aflându-se la distanță 4-6-8 km de la CMF).

Aici s-a produs marea discrepanță: medicii de familie veniți din alte specialități, cu pregătire de scurtă durată în domeniul medicinei interne, au rămas unul la unu cu pacientul, ei nu mai au la îndemână medici-consultanți atât de necesari pentru soluționarea problemelor multidisciplinare. Rezultatele sunt pe față: datele statistice anuale denotă, că maladiile oncologice, tuberculoza etc., se depistează tardiv și pun în pericol viața pacienților, iar în cazul tuberculozei – populația localității.

Incidența maladiilor oncologice (la 100.000 populație) în 2015 este de 243,3, din care în grupele clinice III – 75,1 și IV – 24,3. Incidența globală a tuberculozei (caz de novo plus recidive) în aceeași perioadă – 80,7 la 100.000 populație. Din 8058 cazuri de

novo - 777 au fost cazuri distructive (21,8 la 100.000 populație), inclusiv și în cazul a 14 copii. În 2015 au decedat 126 pacienți cu tuberculoză, din care la 50 pacienți - diagnosticul a fost depistat după deces.

Cu toate acestea, în prezent medicilor de familie li se impun noi atribuții și sarcini, pentru îndeplinirea cărora nu sunt suficient pregătiți [2].

Datele statistice din 2016 denotă, că în 11 raioane nu sunt medici-specialiști-cardiologi, în 24 raioane nu sunt gastrologi, în 3 raioane nu sunt infecționiști, în 11 raioane nu sunt endocrinologi. Această povară revine medicului de familie [2].

Aceste deficiențe se produc și pe motiv, că numărul medicilor de familie scade pe zi ce trece – în sectorul rural în ultimii 10 ani s-au perindat câțiva medici de familie după rezidentură, dar activitatea lor în timp a fost episodică. Conform datelor statistice, la finele anului 2015 numărul total al medicilor de familie a mai scăzut cu 59 (de la 1706 – la 1647 în 2014), ceea ce constituia 4,6 la 10.000 populație. În anul 2016 avem o ușoară creștere (cu 9 medici de familie - 1656), dar aceasta nu soluționează problema.

E necesar de accentuat, că nici pacientul nu este cel de altă dată: tehnologiile moderne și intervențiile laborioase, care se efectuează inclusiv și în RM (operații pe cord, transplant de organe și țesuturi, ședințe de hemodializă, tratament cu preparate antivirale, chimioterapeutice etc.) cer de la medicul de familie cunoștințe profunde, mai cu seamă în domeniul medicinei interne. Anume lor, le revine partea dificilă a supravegherii pacientului după aceste proceduri invazive și agresive asupra corpului uman. Anume ei, trebuie să efectueze tratamentul de susținere și să monitorizeze efectele lui în condiții de ambulator. Acesta este un proces foarte complicat și de durată, cu impact asupra tuturor organelor și el cere mare iscusință de la medicul de familie, care deocamdată nu este suficient pregătit pentru asemenea activități. Exact aici este necesar medicul integrator – internistul și lipsa lui se simte foarte mult.

Considerăm, că medicii interniști și-ar regăsi terenul de activitate în sectorul de asistență medicală primară (în CMF, CSRaionale), conform prevederilor *Standardului de formare profesională a medicilor în rezidențiat la specializarea Medicină internă, adoptat de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, a.2004* [6]), unde ar putea înlocui consultanții specialiști de organ, aceștia din urmă fiind concentrați în centre consultative teritoriale, dotate cu utilaj tehnic și laboratoare de diagnostic.

Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea consideră că “medicul-internist, prin capacitatea de analiză și sinteză globală a diferitelor maladii, este cel mai indicat să rezolve optim aceste reale controverse medicale și să

integreze adecvat recomandările supraspecialiştilor” [7]. *Însă accesul la un medic internist în condiții de ambulator rămâne problematic.*

În ultimele decenii, din mai multe motive, s-au modificat esențial indicii demografici ai populației. A crescut ponderea persoanelor vârstnice. Tot mai mulți din ei se adresează medicilor de familie, o bună parte fiind readresată apoi medicilor de organ, sau internați în secții de boli interne. Însă în spațiul extraspitalicesc (cu excepția unor centre private), în pofida recomandărilor specialiștilor europeni, medicii geriatrici practic lipsesc. Ar fi bine venit ca acești specialiști să fie pregătiți la nivel universitar și post universitar, iar în spitalele din teritoriu să fie desfășurate paturi sau secții de geriatrie.

De menționat, că în IMSP SCR, spital de nivel terțiar, multidisciplinar, de mai mult timp s-a simțit necesitatea desfășurării unui număr de paturi terapeutice și acest deziderat a fost atins în anul 2016, odată cu deschiderea Secției terapie (35 paturi), inclusiv 15 paturi alergologice și cite 5 paturi geriatrice în patru secții specializate. Mai mult ca atât, au fost desfășurate și paturi pentru reanimare și terapie intensivă de profil terapeutic. Astfel, au fost soluționate mai multe probleme de ordin tactic și a îmbunătățit supravegherea pacienților cu multiple maladii.

La întrunirea anuală a Federației Europene de Medicină Internă din 19 martie 2011 de la București au participat medici din peste 20 țări din Europa. Printre temele dezbătute precizăm raportul dintre medicina internă și celelalte specialități, obiectivele practicii medicinei interne în ambulator și în spitale precum și locul medicinei interne în sistemele de sănătate europene. Președintele Societății Române de Medicină Internă (SRMI), prof. dr. Ioan Bruckner, a declarat că “bolnavul trebuie văzut ca un tot, nu trebuie îngrijit doar dintr-un singur punct de vedere”. “Or, asta este una din atribuțiile medicului internist. Un internist este un specialist între ceilalți specialiști, dar care integrează totul”, a mai spus profesorul. “Dacă vede numai organe sau o boală, nu este un doctor bun. Trebuie să vadă și ce se întâmplă în afara unei stricte specializări. Medicina internă dă conținut abordării holistice”, explică președintele SRMI. Toți specialiștii prezenți la eveniment au apreciat, că internistul este un integrator de diagnostic și tratament [8].

Problemă a fost discutată și la Reuniunea interniştilor europeni din 25 martie 2011. La această reuniune prof. dr. Ion Bruckner a subliniat faptul că, în urma creșterii speranței de viață și a dezvoltării afecțiunilor acute, mulți dintre pacienții zilelor noastre sunt vârstnici, care cumulează mai multe boli, iar, în condițiile în care alți specialiști, prin natura pregătirii lor, se concentrează pe un domeniu – organ sau patologie

– bine determinat, rolul medicului internist este unul integrator [8].

În acest context s-a exprimat și profesorul dr. Werner Bauer, menționând că “medicul-internist, este în avantaj prin gândirea de ansamblu”. Prof. dr. Werner Bauer, fost președinte al Federației Europene de Medicină Internă (EFIM), își argumentează punctul său de vedere prin exemplul concret al Elveției: “Începând cu 1 ianuară, anul acesta (2011), am încetat să mai formăm medici generaliști, iar toți medicii de familie vor fi, în timp, interniști” [8].

Avantajul medicilor specializați în medicina internă ar fi modul holistic de abordare. Prof. dr. Maria Cappellini, nu crede că internistul este cel care știe totul mai bine decât specialistul, însă consideră că internistul este și trebuie să fie un profesionist, care abordează pacientul cu o anumită raționalitate și raționalizare. “Nu un organ este centrul abordării noastre, ci pacientul în totalitate”, explică dr. Cappellini.

Am prezentat opiniile personalităților bine cunoscute, de înaltă autoritate în lumea medicală, cu privire la medicina internă și medicii-interniști. În acelaș timp, tendințele supraspecializărilor medicinei interne continuă. Continuă și tehnicizarea medicinei. Conform opiniei prof. dr. Ion Bruckner, “Medicina modernă, tocmai din cauza tehnicizării, face ca persoana care practică medicina să se apropie mai mult de aparat. Și în felul acesta se îndepărtează de bolnav într-un fel. Adică îl interesează mai mult performanța tehnică, uneori, decât beneficiul bolnavului. Aceasta este una dintre limitele de dezvoltare a medicinei moderne” [9].

În legătură cu cele expuse mai sus, apare necesitatea de asigurare continuă a creșterii calității de pregătire medicilor interniști în conformitate cu cerințele practicii la etapa contemporană.

Tendințele de supaspecializare și tehnicizare a medicinei, de rând cu beneficiile incontestabile, au și unele influențe negative, inclusiv și asupra procesului de pregătire a cadrelor medicale. Această tendință categorică a provocat modificarea programelor și metodologia de studii, urmărind același scop - predarea neargumentată a medicinei interne în clinici specializate fără să se țină cont, că această “specializare precoce” va conduce la consecințe negative: în așa mod pacientul nu este privit ca un tot întreg, ci ca un “cardiac”, ca un “pneumonic” sau “renal” etc., în funcție de secția, unde este internat. La curăție se examinează un sistem sau un organ, se va face cunoștință cu rezultatele examenului tehnic-instrumental și de laborator, iar celelalte sisteme rămân în “umbră” și la argumentarea diagnosticului nu sunt luate în calcul. Astfel, în mod fragmentat unul după altul, timp de 2 ani se va studia fiecare sistem aparte în secții speciali-

zate sub conducerea specialiștilor respectivi. Studenții se deprind cu principiul de organ și „visează” la o asemenea specializare.

De menționat, că neexaminarea sistemelor lăsate în „umbră”, chiar și fără schimbări patologice, lipsește studentul de acumularea informației despre fenomenele fiziologice ale acestui sistem (organ). Această informație este foarte importantă: depistarea celor mai mici abateri de la „normă” sugerează prezența unui proces patologic.

Și abia la anul VI, la *disciplina Sinteze Clinice*, se va studia medicina internă conform metodelor tradiționale, în secții nespecializate unde sunt condiții reale de efectuare a diagnosticului diferențial și de dezvoltare a raționamentului clinic. Din aceste motive considerăm argumentată creșterea numărului de ore pentru disciplina *Sinteze Clinice*, pentru a consolida deprinderile de integrare a tuturor abaterilor patologice eventual depistate la nivelul diferitor organe sau sisteme.

Testarea, ca probă pentru verificarea cunoaștrii materialului clinic la examenul de stat nu este suficient de informativă. La catedra *Sinteze clinice* această metoda a fost aplicată din 1993 și până în 2012, în ultimii ani ea era efectuată doar cu scopul autoevaluării, acceptată de majoritatea studenților și rezidenților. După o analiză a miilor de testări s-a ajuns la concluzia, că ea este numai o probă auxiliară de evaluare, cu multe nuanțe negative [10;11].

Unul dintre principalele neajunsuri este lipsa contactului cu examinatorul și lipsa posibilității de urmărire a procesului raționamentului clinic la rezolvarea testului. Această metodă poate fi folosită cu succes la organizarea olimpiadelor tematice, pentru autoevaluarea cunoștințelor studenților și rezidenților, pentru evidențierea nivelului inițial al cunoștințelor într-o temă sau compartiment (fără anunțarea și fără înregistrarea rezultatelor). Informația obținută va fi utilă lectorului pentru pregătirea unui curs, unei prelegeri, ținând cont de „locurile slabe” (relevante la unii studenți prin testare) la tema respectivă pentru a propune explicații suplimentare.

Considerăm, că anularea testării la examenul de stat la medicina internă și introducerea probei examen clinic la patul bolnavului ar contribui mult la creșterea responsabilității studenților pe parcursul studiilor și la pregătirea către examen.

În condițiile supraspecializării și tehnicizării medicinei apare încă o problema serioasă ce ține de etică și deontologie – problema creării unei atmosfere de încredere și respect reciproc între medic și pacient, ceea ce este important atât pentru diagnostic, cât și pentru creșterea eficienței tratamentului. Studentul este tot mai departe de pacient, colectând

superficial anamneza bolii și considerând „depășite” metodele examenului obiectiv ca palpația, percucia, auscultația.

Dr. Jerald Winakur, timp de 40 de ani, a practicat medicina internă și geriatria. A avut mii de pacienți, mulți dintre care erau de vârstă înaintată. Având un comportament respectuos față de aceste persoane cu suferințele și problemele lor, aflate temporar departe de familiile biologice, medicul îndeplinea pentru mulți din acești bătrâni funcția de fecior surrogat. Autorul consideră, că atmosfera de încredere și respect reciproc dintre medic și pacient fără îndoială, acționa ca un medicament, acest fenomen fiind actualmente pe calea de dispariție [12].

Odată cu implementarea tehnologiilor medicale moderne – testarea, imagistică, file medicale electronice – medicii devin acum mai îndepărtați de pacienții lor. Este vorba de prevalarea importanței rezultatelor paraclinice, examenul clinic fiind mai puțin minuțios. În unele clinici de peste hotare un șir de date importante despre pacient colectează profesioniștii paramedicali, (la noi uneori rezidenții), înregistrând așa-numitele detalii precise, în care se pot afla indici importanți. O parte dintre acestea pot rămâne neidentificate, deoarece pacientul nu întotdeauna dorește să împartă detalii sensibile cu oricine, mai ales cu cineva, cu care nu are contact vizual, a cărui față rămâne „îngropată” în spatele unui ecran de computer.

Într-un articol intitulat „*In America, the art of doctoring is dying*” („În America arta medicală moare”) autorul Dr. Jerald Winakur recomandă medicilor să examineze pacienții lor: să aculte inima și plămânii, să palpeze abdomenul, să examineze membrele. Acestă apropiere grijulie a medicului de pacient contribuie la instalarea unei atmosfere de încredere și respect reciproc, care influențează pozitiv tratamentul. Dar actualmente tinerii absolvenți sunt departe de a crea asemenea atmosferă între medic și pacient. Un șir de cauze vin să explice aceste deficiențe de comunicare: se studiază tot mai mult pe manechine, proba practică este susținută pe pacienți standardizați, deprinderile practice sunt minime, creșterea dependenței aproape sclavagiste de tehnologiile medicale [12].

O altă problemă referitoare la pregătirea cadrelor medicale este instruirea postuniversitară a medicilor-interniști în conformitate cu cerințele zilei de azi, în primul rând, ajustarea curriculei prin introducerea studierii unor tehnici imagistice. Considerăm, că în prezent, când toți medicii specialiști dispun de unele aparate de diagnostic, sau chiar laboratoare, ar fi echitabilă asigurarea internistului cu un electrocardiograf și un aparat de ultrasonografie - aparat cu mai multe posibilități de diagnosticare a patologiilor interne.

Evident, ca aceasta va contribui la creștea prestigiului medicului-internist.

Dezvoltarea tehnicii medicale, implementarea în practică a metodelor instrumentale și de laborator cu un înalt grad de sensibilitate și specificitate este un proces progresiv de o importanță colosală în diagnosticarea suferințelor umane, însă aceasta nu înseamnă, că examenul clinic tradițional al pacientului trebuie neglijat.

Prof. dr. Ion Bruckner constată că, “din păcate, fascinația tehnicii face ca mulți începători în meserie să negligeze clinica. Cel mai grav este ignorarea unei anamneze bine făcute, a discuției în cel mai real sens cu pacientul. Aceasta are nu numai o virtute informativă, ci și una foarte importantă terapeutică... E amuzant, dar adevărul e că vin uneori bolnavii la consultație, le spui să se dezbrace și vezi că-și ridică toate hainele la nivelul umerilor... Îți dai seama că pacientul respectiv n-a fost dezbrăcat de doctor niciodată” [13].

O influență benefică a unei atmosfere de credibilitate și respect reciproc, care poate fi privit ca un factor curativ, găsim într-un citat de Antoine de Saint-Exupery, care prevedea progrese tehnice în medicină: “Eu cred că va veni ziua când un pacient cu o boală necunoscută se va da pe mâinile fizicienilor. Fără să-l întrebe ceva, acești fizicieni îi vor lua proba de sânge, vor deduce unele constante și le vor înmulți una cu alta. Apoi, vor verifica cu rigla logaritmică și îl vor vindeca cu o singură pilulă. Și totuși, dacă mă îmbolnăvesc, eu mă voi adresa unui medic bătrân din sat. El mă va privi cu coada ochiului, mi-a palpa pulsul și abdomenul și mă va ascultă. Apoi va tuși, fumând pipa, își va netezi bărbia și va zâmbi, pentru a-mi ușura durerea. Desigur, admir știința, dar admir și înțelepciunea” (14)..

Așadar, în procesul de pregătire a medicilor competenți în specialitate trebuie de ținut cont și de educația generală, etică și deontologică.

## Bibliografie

1. В.И.Маколин и А.В.Недоступ. Г.А.Захарьин – один из основоположников Московской школы терапевтов. В: Терапевтический архив, 2005, №1, с.88-90.
2. *Indicatori privind sănătatea populației și activității IMSP pe anii 2015-2016*. Centrul Național de management în Sănătate. [www.cnms.md](http://www.cnms.md)
3. A.Franco. În: Rev.Mal.Respir.< 2004, nr.21, p. 1055-1056
4. Harrison. *Principiile medicinei interne*. V.1, p.35. Ștefan Suțeanu, IX, Nr.7, (iulie, 2002).
5. Ștefan Suțeanu, *Medicina Modernă, Vol. IX*, Nr.7, (iulie, 2002).
6. Filip Ambros, Sergiu Matcovschi - *Standardul de formare profesională a medicilor în rezidențiat la specializarea Medicină internă*. Chișinău. *Medicina*, 2004.
7. Ioan Tiberiu Nanea. *Despre Medicina Internă și medicul-internist*. [www.medicina-interna.ro/articol.php?articol=11](http://www.medicina-interna.ro/articol.php?articol=11)
8. Ion Bruckner. *Întrunirea anuală a Federației Europene de Medicină Internă 18-19 martie 2011*. [http://www.viata-medicala.ro/\\*articleID\\_3115-dArt.html](http://www.viata-medicala.ro/*articleID_3115-dArt.html).
9. Ion Bruckner. *Medicina internă și competența medicală*. *Medicina internă* №3, iunie 2009 (<http://www.medicina-interna.ro/articol=497&lang=ro>).
10. Filip Ambros. *Avantajele computerizării procesului didactic*. În: USMF Nicolae Testemițanu. Materialele conferinței științifice consacrate semicentinarului universității, 1995, p.295.
11. Filip Ambros, Petru Galețchi. *Avantajele și dezavantajele testării ca metodă de evaluare a cunoștințelor*. În: Anale științifice ale USMF Nicolae Testemițanu, a.2005,V.2, p. 9-13.
12. Jerald Winakur. *In America the art of doctoring is dying*. [https://www.washmgtonpost.com/opinion/the-dying-art-of-doctoring/2016/02/12/bb08a16a-cdd0-11e5-88cd-753e80cd29ad\\_story.html?tid=ss\\_fb-bottom](https://www.washmgtonpost.com/opinion/the-dying-art-of-doctoring/2016/02/12/bb08a16a-cdd0-11e5-88cd-753e80cd29ad_story.html?tid=ss_fb-bottom)
13. *Interviul Prof. dr. Ion Bruckner*. [http://adevarul.ro/sanatate/medicina/interviu-1\\_51ea9614c7b855ff565906e7/index.html](http://adevarul.ro/sanatate/medicina/interviu-1_51ea9614c7b855ff565906e7/index.html)
14. Антуан де Сент-Экзюпери, <http://www.wisdom-code.info/ru/quotes/authors/49562.html?page>